



**ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ
ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНЗДРАВА РОССИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ СТРАН:
АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, БЕЛАРУСИ, КАЗАХСТАНА, КИРГИЗИИ, МОЛДАВИИ,
УЗБЕКИСТАНА, ТАДЖИКИСТАНА, ТУРКМЕНИИ**

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СПОРНЫЕ И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ 2022»

ГИБРИДНЫЙ ФОРМАТ

ТЕЗИСЫ

ISBN 978-5-6044347-9-6



9 785604 434796

19–20 октября 2022 г.

**ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ
ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНЗДРАВА РОССИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ СТРАН:
АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, БЕЛАРУСИ, КАЗАХСТАНА, КИРГИЗИИ, МОЛДАВИИ, УЗБЕКИСТАНА,
ТАДЖИКИСТАНА, ТУРКМЕНИИ**

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СПОРНЫЕ И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ 2022»

ГИБРИДНЫЙ ФОРМАТ

19–20 октября 2022 г.

Результаты:

Средний ИМТ в 1-й группе составил $34,0 \pm 4,8$ кг/м², во 2-й – $35,7 \pm 6,2$ кг/м². В 1-й группе I стадия СН отмечалась у 13%, 2А – 78%, 2Б – 9%; во 2-ой – 5%, 79% и 16% соответственно. При оценке ремоделирования миокарда левого желудочка методом эхокардиографии у большинства обследуемых определялось концентрическая гипертрофия (82%), у 18% – концентрическое ремоделирование. Средний индекс массы миокарда составил $110,8 \pm 15,4$ г/м² в 1-й группе и $121,2 \pm 13,6$ г/м² во 2-й группе. У всех пациентов определялась диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу. Средний индекс объема левого предсердия (ИОЛП) в 1-й группе составил $28,2 \pm 4,0$ мл/м², во 2-ой – $35,6 \pm 7,2$ мл/м². Среднее систолическое давление в легочной артерии (СДЛА): $30,0 \pm 6,8$ мм рт.ст. в 1-й группе и $36,2 \pm 7,9$ мм рт.ст. во 2-ой. Толщина эпикардального жира составила $3,95 \pm 1,71$ мм в 1-й группе и $3,11 \pm 1,16$ мм во 2-й группе. При оценке состава тела общее содержание жира в теле: $41,2 \pm 10,5$ кг в 1-й группе и $43,9 \pm 13,8$ кг во 2-й, процентное содержание жира – $44,5 \pm 5,9\%$ в 1-й группе и $45,2 \pm 7,1\%$ во 2-й группе. При оценке распределения жировой ткани получено: в 1-й группе ОТ $107,16 \pm 12,93$ см, ОТ/ОБ $0,95 \pm 0,08$, толщина кожной складки $19,82 \pm 10,42$ мм; во 2-й группе – $111,95 \pm 13,93$ см; $0,98 \pm 0,08$ и $18,07 \pm 6,56$ мм соответственно, площадь висцерального жира при биоимпедансном анализе – $209,9 \pm 50,5$ см² в 1-й и $217,4 \pm 52,9$ см² во 2-й группе. Средняя дистанция ТШХ составила $511,5 \pm 53,3$ м в 1-й группе и $362,3 \pm 40,2$ м во 2-й группе. При оценке когнитивных функций в 1-й группе средние значения теста MMSE составили $29,71 \pm 0,55$ баллов, «Мини-Ког» – $4,76 \pm 0,52$ балла, во 2-й группе – $28,82 \pm 1,47$ и $4,18 \pm 0,95$ баллов, соответственно.

Заключение:

Пациенты с СНсФВ 2 ФК чаще находились на более тяжелой стадии СН, чем пациенты с 1 ФК. Также в этой группе в сравнении с пациентами с СНсФВ 1 ФК наблюдалось более выраженное ремоделирование левого желудочка и левого предсердия и большие значения СДЛА, отмечалось значительное преобладание висцеральной жировой клетчатки над подкожной, меньшая толщина эпикардального жира, что сопровождалось худшими показателями когнитивных тестов.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Юсупова М. Ш.¹, Камилова У. К.², Хайдарова Ф. А.¹

¹ РСНПМЦ эндокринологии,

² РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации

Введение (цели/ задачи):

Изучить качество жизни у больных тиреотоксикозом при коморбидности с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

В исследование были включены 128 больных ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены по NYHA функциональным классам (ФК) ХСН по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). 1-ую группу составили 21 больных со I ФК ХСН, 2-ую группу – 48 больных со II ФК ХСН и 3 группу – 51 больных с III ФК ХСН. Контрольную группу составили 50 больных ХСН. Качества жизни (КЖ) пациентов изучалось с применением Миннесотского опросника.

Результаты:

Оценка КЖ у обследованных больных по Миннесотскому опроснику показала, что суммарный индекс у больных с I ФК ХСН составил – $22,90 \pm 2,46$ баллов, у больных с II ФК ХСН – $41,65 \pm 2,06$ баллов, с III ФК ХСН – $56,70 \pm 0,79$ баллов, при этом он достоверно обратно коррелировал с результатами, полученными при проведении ТШХ ($r = -0,71$). Анализ показателей КЖ также проводился в зависимости от уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП), так как данный нейрогормон определяет тяжесть течения и прогноз ХСН. Результаты показали, что у больных при уровне МНУП ≥ 400 пг/мл данный показатель у больных с I ФК ХСН составил $27,2 \pm 2,24$ баллов, у больных МНУП < 400 пг/мл – $20,2 \pm 5,1$ баллов. Эти показатели у больных со II ФК ХСН составил $34,4 \pm 3,1$ баллов и $25,3 \pm 4,7$ баллов соответственно и у больных с III ФК ХСН $57,2 \pm 9,6$ баллов и $34,5 \pm 5,8$ баллов соответственно. Также были проанализированы показатели КЖ в зависимости от фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Результаты показали, что у больных с ФВЛЖ $> 50\%$ показатель КЖ составил $31,8 \pm 6,5$ баллов, при ФВЛЖ $= 49-40\%$ – $39,4 \pm 5,3$ баллов и при $51,5 \pm 7,9$ баллов.

Заключение:

Изучение взаимосвязи между клиническим течением, прогрессированием заболевания и качеством жизни выявило обратную корреляционную связь высокой степени между ФК ХСН и уровнем МНУП, а также прямую корреляционную связь с показателем ФВЛЖ.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Икрамова Ф. А.¹, Камилова У. К.¹, Хамраев А. А.¹,
Абдуллаева Ч. А.², Закирова Г. А.²

¹ ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН,

² РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучить качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с дисфункцией почек.

Материал и методы:

В исследование были включены 128 больных ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены по NYHA функциональным классам (ФК) ХСН по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). 1-ую группу составили 32 больных со I ФК ХСН, 2-ую группу – 51 больных со II ФК ХСН и 3 группу – 44 больных с III ФК ХСН. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. В исследование не включались больные с сахарным диабетом. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД-EPI.

Результаты:

Анализ полученных данных показал, что у больных с I ФК ХСН показатель СКФ составил $86,4 \pm 9,5$ мл/мин/1,73 м², со II ФК ХСН составил $77,1 \pm 16,4$ мл/мин/1,73 м² и у больных с III ФК ХСН $65,3 \pm 12,0$ мл/мин/1,73 м² соответственно. При этом больные СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² составили $15,6\%$ у больных с I ФК ХСН, $31,3\%$ у больных со II ФК ХСН и $63,6\%$ у больных с III ФК ХСН. Изучение показателей толерантности к физической нагрузке по результатам ТШХ в зависимости от функционального состояния почек выявило,

что у больных СКФ \geq 60 мл/мин/1,73м² данный показатель составил 344,6 \pm 21,8 м и у больных СКФ $<$ 60мл/мин/1,73м² – 235,0 \pm 8,24м. Показатель ШОКС у больных ХСН также характеризовал более тяжелое клиническое течение заболевания у больных СКФ $<$ 60мл/мин/1,73м² – 8,1 \pm 0,67 баллов, по сравнению с группой больных СКФ \geq 60 мл/мин/1,73м², у которых данный показатель составил 5,6 \pm 0,51 баллов, соответственно. Оценка КЖ больных по Миннесотскому опроснику показали, что суммарный индекс у больных с I ФК ХСН составил – 26,3 \pm 2,23 баллов, у больных с II ФК ХСН –35,7 \pm 1,98 баллов, с III ФК ХСН –46,9 \pm 3,46 баллов, при этом он достоверно обратно коррелировал с результатами, полученными при проведении ТШХ ($r = -0,92$). Анализ показателей КЖ в зависимости от функционального состояния почек показал, что у больных СКФ \geq 60 мл/мин/1,73м² данный показатель составил 37,2 \pm 2,24 баллов, у больных СКФ $<$ 60мл/мин/1,73м² – 49,4 \pm 5,13 баллов.

Заключение:

Изучение взаимосвязи между клиническим течением, прогрессированием заболевания, качеством жизни, прогнозом жизни у больных ХСН с дисфункцией почек выявило прямую корреляционную связь высокой степени между параметрами ТШХ и рСКФ, обратную корреляционную связь с параметрами качества жизни.

ПРОГНОЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Подобед И. В.¹, Прощяев К. И.²

¹ ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация,

² Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

С возрастом отмечается тенденция к увеличению распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН). Особое место в структуре ХСН занимает острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ОДХСН). В популяции пожилого населения, ОДХСН занимает первое место среди причин поступления в медицинские учреждения. В РФ однолетняя смертность при ОДХСН достигает 43%, а 31% больных госпитализируется повторно уже через 3 месяца. Высокая летальность при ОДХСН сформировала потребность в изучении предикторов неблагоприятного исхода. Следует отметить, что пожилое население имеет дополнительный фактор отягощения в виде старческой астении. Наличие астении ассоциируется с прогрессированием ХСН и негативно влияет на прогноз. В настоящее время опубликовано множество работ, в которых отмечены многочисленные детерминанты летальности при ОДХСН. Однако роли гериатрического статуса пациентов уделено недостаточно внимания. Цель: разработать математический алгоритм (модель) для прогнозирования летальности пациентов с ОДХСН в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Материал и методы:

Исследование проведено на базе отделения кардиореанимации ЦКБ УДП РФ. Было проанализировано 107 пациентов с ОДХСН. Было сформировано 4 возрастных группы больных: 1-я группа включала 29 человек среднего возраста (46–60 лет); 2-я группа состояла из 31 пациента пожилого возраста (61–74 лет); 3-я группа насчитывала 40 больных старческого возраста (75–89 лет). 4-я группа составила 7 исследуемых возраста долгожителей (старше 90 лет). Пациенты исключались из исследования по следующим критериям: наличие тяжелой дисфункции печени (класс С по Чайлд-Пью); проведение полихимиотерапии у больных с онкопатологией; пациенты находящиеся на заместительной почечной терапии с терминальной стадией хронической болезни почек (ХБП) (скорость клубочковой фильтрации $<$ 15 мл/мин); наличие острого периода инфаркта миокарда; наличие острого периода нарушения мозгового кровообращения; массивная тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА); острая фаза воспалительных заболеваний; любые клинические состояния, которые по мнению врача могут помешать участию пациента в исследовании. Всем больным для верификации синдрома СА выполнялась комплексная гериатрическая оценка (КГО) с использованием оригинальной компьютерной программы «Специализированный гериатрический осмотр» (gerontolog.info). При помощи многофакторного регрессионного анализа был произведен отбор предикторов летальности. Построена многомерная логистическая регрессионная модель, которая включала: возраст пациентов, пол, наличие синдрома старческой астении и его степень, функциональный класс (ФК) по шкале NYHA, фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Результаты:

В прогностическую модель вошли шесть независимых переменных: возраст, мужской пол, старческая астения тяжелой и терминальной степени, ФВ ЛЖ 40-49%, ФВ ЛЖ 50% и более, IV ФК NYHA. Факторами риска летальности выступали три параметра: возраст 1,05 [0.96; 1.17] ($p=0,28$), старческая астения тяжелой и терминальной степени 5,56 [1.08; 37.14] ($p=0,05$) и IV ФК NYHA 3,41 [0.60; 27.35] ($p=0,19$). Из них только наличие тяжелой и терминальной астении увеличивало летальность пациентов в ОРИТ в 5,56 раз. Три показателя, являлись протективными переменными: мужской пол 0,25 [0.03; 1.65] ($p=0,17$), ФВ ЛЖ от 40 до 49% 0,40 [0.05; 2.60] ($p=0,36$) и ФВ ЛЖ 50% и более 0,29 [0.03; 2.28] ($p=0,26$) по отношению к ФВ ЛЖ менее 40%. В результате проведенного анализа, была сформирована номограмма для оценки риска летального исхода в ОРИТ. В нее включены следующие факторы: возраст, мужской пол, старческая астения тяжелой и терминальной степени, ФВ ЛЖ менее 40%, ФВ ЛЖ 40-49%, ФВ ЛЖ 50% и более, IV ФК NYHA. Для каждой из них определен соответствующий балл. В качестве первой переменной рассматривался возраст пациентов. Минимальный возраст больных (45 лет), включенных в исследование, оценивался в 0 баллов, а максимальный (95 лет) в 100 баллов. Вторым параметром являлся пол исследуемых. Наличие мужского пола равнялось 0 баллов, в то время как женский пол оценивался в 34 балла. Третьим предиктором, включенным в прогностическую модель, был синдром старческой астении. Наличие астении средней степени тяжести и ниже соответствовало 0 баллов. Астения тяжелой и терминальной степени – 54 баллам. Четвертым показателем выступала ФВ ЛЖ. Сохранная ФВ

Покатилова А. И.	9
Покровский С. Н.	9
Попель О. Н.	27
Потёмкина Н. А.	14
Привалова Е. В.	44
Прокопенко А. В.	24
Пронин А. Г.	24, 41, 42
Прощаев К. И.	38
Пряхин А. С.	43
Пулатов Н.	50, 60, 62

Р

Рапинчук Д. В.	15
Рахматуллина А. Р.	41
Рачина С. А.	25, 26
Родионов А. В.	59
Рожкова Т. А.	5, 6, 8
Романова М. А.	25, 26
Румянцева М. Г.	49
Рустамов Б. Е.	35, 39

С

Савицкая Н. А.	9
Садыгова Т. А.	13
Сапельников О. В.	62
Сафиулина А. А.	62
Сахнова Т. А.	48
Свирида О. Н.	31
Секисова В. Е.	24
Семенова Л. В.	4
Сивохина Н. Ю.	41, 42
Сизов В. В.	54
Скворцов А. А.	32
Скибицкий В. В.	54
Слепова О. А.	44
Смирнова М. Д.	31
Смирнова М. П.	33
Соловей С. П.	4
Соловьёва Е. Ю.	30
Соснова Ю. Г.	21, 52
Сотников А. В.	29
Спирина М. М.	45
Срождинова Н. З.	56
Староверова А. И.	61
Степанов М. М.	45
Степченко М. А.	14
Стоногина Д. А.	27
Суджаева О. А.	27
Суркова Н. А.	49
Сурмач Е. М.	15
Сычев А. В.	32

Т

Тагаева Д. Р.	7
Тасыбаев Б. Б.	29
Терещенко С. Н.	32
Тешаев У. Ш.	64
Тимофеева О. В.	54
Титова Н. Е.	41
Тихонова Г. А.	35
Тополянская С. В.	25, 26
Торопыгин П. Ю.	4, 7
Турна О. И.	25, 26
Тюрина А. В.	9

У

Узбекова Н. Р.	47
Узоков Ж. К.	50, 60, 62

Умурзакова М. М.	5
Уразова Г. Е.	47
Уразова О. И.	43
Урванцева И. А.	24
Ускач Т. М.	62

Ф

Фашафша З.	14
Фендрикова А. В.	54
Филиппкина Т. Ю.	64
Фомин В. В.	30, 59
Фофанова Т. В.	31

Х

Хазова Е. В.	36
Хайдарова Ф. А.	37
Халилова У. А.	40
Хамидуллаева Г. А.	58
Хамраев А. А.	7, 37
Хардикова Е. М.	14
Хачиров М. Р.	62
Хлямов С. В.	12
Холикулов С. Ш.	28, 63
Хохлова Ю. А.	41
Хошимов Ш. У.	5, 44

Ч

Чегодаева Н. А.	9
Чижев П. А.	33
Чорбинская С. А.	54
Чумакова С. П.	43
Чурашова О. Ю.	21, 52

Ш

Шабан Н. И.	16, 19
Шанина И. Ю.	21, 52
Шарф Т. В.	32
Шахова А. А.	49
Шек А. Б.	5, 44
Шипулин В. М.	43
Ширалиева Г. Ш.	59
Шмелёва А. А.	14
Шмидт Е. А.	42
Штегман О. А.	34
Шукуров А. А.	39
Шурупова И. В.	49

Щ

Щербенев В. М.	20, 21, 22
---------------------	------------

Э

Эфендиева Л. Г.	52
----------------------	----

Ю

Юдин И. Г.	59
Юлдашева А. Д.	58
Юлдошев Н. П.	28, 63
Юльметова Л. Н.	27
Юрасова Е. С.	48
Юсупова Д. Ж.	44
Юсупова М. Ш.	37

Я

Яблонская Ю. А.	21
Ярбеков Р. Р.	64